

Erfassung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Teilnahme an Veranstaltungen an außerschulischen Lernorten



Sehr geehrte Eltern, liebe Schülerinnen,

dieses Formular haben wir entwickelt, weil wir erreichen wollen, dass Ihr Kind bzw. Sie (volljährige Schülerin) zu jeder Zeit eine angemessene Betreuung erhalten. Es ist uns wichtig, unserer Verantwortung nachkommen zu können, die wir bei einem Aufenthalt an einem außerschulischen Lernort in besonderer Weise sehen. Wir wollen jederzeit in der Lage sein, schnell, richtig und angemessen zu reagieren. Ein wichtiger Baustein ist dabei das Wissen um die Gesundheit Ihres Kindes bzw. im Falle der Volljährigkeit Ihrer Gesundheit.

Die Angabe der Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weiterer Informationen ist freiwillig. Allerdings kann im Notfall eine adäquate und zielgerichtete Versorgung nur dann erfolgen, wenn den betreuenden Personen alle erforderlichen Informationen vorliegen.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich durch uns und unsere Mitarbeiter behandelt und gemäß dem Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz für den Zeitraum des Schuljahres verwahrt.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname _____

Klasse _____

Schuljahr _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Mobiltelefon Erziehungsberechtigte _____

Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende wahrheitsgemäß an und nennen Sie im Falle eines „Ja“ die Beeinträchtigung!

Ja ☐	Nein ☐	Es haben sich gegenüber der zuletzt getätigten und im Sekretariat hinterlegten Gesundheitsdaten meines Kindes / zu meiner Person Änderungen ergeben.
Ja ☐	Nein ☐	chronische Erkrankung (z.B. Diabetes, Asthma, Herzerkrankungen, Epilepsie):
Ja ☐	Nein ☐	akute Erkrankung / akute organische Leiden:

Ja ☐	Nein ☐	zu berücksichtigende Beeinträchtigungen:
Ja ☐	Nein ☐	Allergie/Unverträglichkeiten (z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeit):
Ja ☐	Nein ☐	Es besteht eine Überempfindlichkeit gegen Penizillin/Antibiotika/andere Medikamente:
Ja ☐	Nein ☐	Mein Kind benötigt / Ich benötige in Notsituationen folgende Medikamente (Bitte Medikamente angeben; ggfs. ist ein Medikamentenplan sowie wichtige Hinweise einzureichen): Bitte beachten Sie, dass betreuende Personen keine Medikamente verabreichen dürfen.
Ja ☐	Nein ☐	Mein Kind ist / Ich bin gegen Tetanus geimpft.
Ja ☐	Nein ☐	Weitere Hinweise (Was ist z.B. im Falle einer ärztlichen Behandlung zu beachten?):
Ja ☐	Nein ☐	Derzeit liegt <u>keine</u> Erkrankung bzw. Beeinträchtigung vor. Mein Kind / Ich kann uneingeschränkt an der schulischen Veranstaltung teilnehmen.

Notfallkontakt (z.B. Eltern, behandelnder Arzt etc.) – Name/ Vorname/ Tel.:

Fragen zum Versicherungsstatus

Ja ☐	Nein ☐	Mein Kind ist / Ich bin krankenversichert bei:
Ja ☐	Nein ☐	Mein Kind ist / Ich bin haftplichtversichert bei:
Ja ☐	Nein ☐	Mein Kind ist / Ich bin auslandskrankenversichert bei:

Ich verpflichte mich, die Schule über jedwede Änderungen in Bezug auf die Gesundheitsdaten meines Kindes / meine Gesundheitsdaten eigenverantwortlich zu informieren und übernehme die Verantwortung für eventuelle Folgen, falls dies nicht geschieht.

Um die Gesundheitsinformation Ihres Kindes / Ihre Gesundheitsinformationen jederzeit parat zu haben, möchten wir es den betreuenden Personen gestatten, diese für die Dauer der außerschulischen Veranstaltung (z.B. Klassenfahrt) digital abzuspeichern. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte ankreuzen!

- ☐ **JA** Die betreuenden Personen dürfen die Notfallinformationen meines Kindes / meine Notfallinformationen digital für die Dauer der Veranstaltung abspeichern.
- ☐ **NEIN**

Datum, Unterschrift Schülerin (Bitte lesbar schreiben!)

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Keine Angaben

Ich möchte keine Angaben über die aktuelle gesundheitliche Verfassung für mein Kind bzw. mich machen. Mir ist bewusst, dass daraus eventuell entstehende Risiken in meiner Verantwortung liegen und Dritte nicht in die Verantwortung genommen werden können bzw. zielgerichtet Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden können.

- ☐ Ich möchte auf eigene Verantwortung in Bezug auf die Gesundheit meines Kindes bzw. meine Gesundheit keine Angaben machen.

Datum, Unterschrift Schülerin (Bitte lesbar schreiben!)

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Hinweise zur Datenverarbeitung

KONTAKTDATEN

Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle

St. Hildegard Schulgesellschaft GmbH
Graupfortstraße 5
65549 Limburg
Tel.-Nr.: 06431 997-352
E-Mail: verwaltung@hildegard-schulgmbh.de

DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Name und Kontaktdaten des betrieblichen Datenschutzbeauftragten:

CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Am Mittelhafen 14
48155 Münster
Tel.: 0251 92208-238
E-Mail: datenschutz@curacon.de

ZWECKE DER DATENVERARBEITUNG

Die personenbezogenen Daten werden verarbeitet, um im Falle eines medizinischen Notfalls eine adäquate und schnelle Hilfe gewährleisten zu können.

RECHTSGRUNDLAGE DER VERARBEITUNG

Die Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage einer gem. § 6 Abs. 1 lit. b) KDG bzw. § 11 Abs. 2 lit. a) KDG.

EMPFÄNGER ODER KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich Lehrkräften und Betreuern der jeweiligen Klassen bzw. Kurse in der Schule zugänglich gemacht. Falls hierzu eingewilligt wird, werden die Daten digital durch die betreuenden Personen gespeichert, um eine kurzfristige Verfügbarkeit sicherzustellen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur im Notfall an Rettungskräfte bzw. medizinisches Fachpersonal.

DAUER DER VERARBEITUNG

Die Daten werden nur für die Dauer eines Schuljahres gespeichert und danach gelöscht bzw. vernichtet. Zu Beginn jeden Schuljahres bzw. ggf. vor Beginn einer Veranstaltung an außerschulischen Lernorten erfolgt eine erneute Abfrage, um die Aktualität der Daten sicherzustellen.

GESETZLICH ODER VERTRAGLICH VORGESCHRIEBENE BEREITSTELLUNG DER DATEN

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten erfolgt freiwillig und ist weder Voraussetzung für die Aufnahme an der Schule noch an der Teilnahme an außerschulischen Veranstaltungen wie z.B. Klassenfahrten.

FOLGEN BEI NICHTBEREITSTELLUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Sollten Sie uns Ihre personenbezogenen Daten nicht zur Verfügung stellen, könnten unter Umständen entstehende gesundheitliche Risiken nicht kurzfristig bzw. adäquat versorgt bzw. zielgerichtet Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden.

BESTEHENDE RECHTE

Sie haben jederzeit, unter den in den jeweiligen Paragraphen genannten Voraussetzungen, nachfolgenden Rechte:

- Recht auf Auskunft gem. § 17 KDG
- Recht auf Berichtigung gem. § 18 KDG
- Recht auf Löschung gem. § 19 KDG
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. § 20 KDG
- Recht auf Datenübertragbarkeit gem. § 22 KDG
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung der Daten gem. § 23 KDG
- Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde gem. § 48 KDG

Die zuständige Datenschutz-Aufsicht ist:

Katholisches Datenschutzzentrum

Frankfurt/M. KdöR
Roßmarkt 23
60311 Frankfurt/M.
Tel: 069 – 58 99 755-10
Fax: 069 – 58 99 755-11
E-Mail: info@kdsz-ffm.de